RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Projet SIPA

PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE DE DÉPISTAGE, DE DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION

Révision en cours

Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill
et
Régie Régionale de Montréal-Centre

2001

106-06199/

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre (514-286-5604)
Prix : 6,00 $; 25,00 $ pour la série complète

Également disponible dans le site Internet de la Régie régionale de Montréal-Centre dont l'adresse est : www.santemontreal.qc.ca/documentation

---

Les protocoles ont été réalisés en 1999-2000 et ont été révisés dans la présente version en mai 2001. Le nouveau processus de révision actuellement en cours vise les objectifs suivants : Mise à jour des données scientifiques et des conditions d'application; Clarification des rôles et responsabilités des intervenants et des médecins incluant la délégation d'actes; Amélioration des mécanismes de communication MD-Gestionnaire de cas.

© Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill et Régie Régionale de Montréal-Centre, 2001

« L'utilisation des outils, conçus pour la région de Montréal-Centre, est interdite à moins d'entente préalable avec la RRSSSMC »

ISBN : 2-89510-068-3 (Protocoles - série)
ISBN : 2-89510-071-3

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002.

TABLE DES MATIÈRES

1. PROBLÉMATIQUE....3
2. BUT....3
3. OBJECTIFS VISÉS....4
4. DOCUMENTS À CONSULTER....4
5. BIBLIOGRAPHIE....5
6. LISTE DES TABLEAUX....7
7. LISTE DES ANNEXES....8
8. DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION PAR LE GESTIONNAIRE DE CAS/PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE....9
9. DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE....10
10. PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE LA DÉPRESSION....11

TABLEAUX 1 à 14....13 à 27

ANNEXE 1 - ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE (Version abrégée)....28
ANNEXE 2 - GERIATRIC DEPRESSION SCALE (Short form)....29
ANNEXE 3 - ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE....30
ANNEXE 4 - GERIATRIC DEPRESSION SCALE (G.D.S.)....31
ANNEXE 5 - FEUILLE SOMMAIRE DE SUIVI DU PROTOCOLE DÉPRESSION....32
ANNEXE 6 - ARTICLES DE RÉFÉRENCE....33

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001
Projet SIPA / Protocole - Dépression

1. PROBLÉMATIQUE

- Prévalence importante de la dépression (états dépressifs de natures diverses) à l'âge avancé suite aux pertes multiples, aux maladies physiques, à l'appauvrissement progressif du réseau social.
- Dépression est associée à une morbidité et une mortalité plus élevées et entraîne une utilisation accrue des services de santé et des coûts associés.
- Symptômes dépressifs peu rapportés par les personnes âgées.
- Dépression se présente souvent de façon atypique sous forme de plaintes somatiques, d'anxiété ou de troubles cognitifs (pseudodémence).
- Condition sous-diagnostiquée et sous-traitée par les médecins de famille et les professionnels de la santé mais dont la détection peut être améliorée par l'utilisation d'outils de dépistage.
- Dépression est souvent présente chez les patients souffrant de démence.
- Dépression souvent associée à des douleurs mal contrôlées chez des patients atteints de cancer ou de maladies chroniques telles l'ostéoarthrose, la maladie de Parkinson.
- Dépression de la personne âgée peut être améliorée par les différentes formes de traitements pharmacologiques ou non pharmacologiques disponibles.
- L'observance au traitement médicamenteux de la dépression chez la personne âgée n'est pas optimale.
- Certaines personnes âgées sont plus à risque de présenter des rechutes de dépression et nécessitent un suivi étroit des professionnels de la santé et de leur famille.

2. BUT

Prévenir, dépister, diagnostiquer et traiter la dépression chez les personnes âgées inscrites au SIPA afin de leur assurer une qualité de vie et une autonomie fonctionnelle optimales.

3. OBJECTIFS VISÉS

Par des actions concertées interdisciplinaires et interétablissements :

de la personne âgée inscrite au SIPA et de ses aidants,
du médecin de famille,
du gestionnaire de cas,
des autres intervenants de l'équipe de soins du SIPA,
des consultants rattachés au SIPA (gériatre, psychogériatre) (si nécessaire),
des professionnels des autres services gériatriques du réseau (si nécessaire) :

- Dépister la dépression et différencier la dépression majeure des autres états dépressifs
- Établir un plan d'intervention interdisciplinaire pour traiter la dépression et ses causes et assurer l'intégration sociale de la personne âgée déprimée
- Prévenir la récidive de la dépression
- Assurer un soutien aux aidants de personnes âgées souffrant de dépression

4. DOCUMENTS À CONSULTER

Baldwin, R.C. Depressive illness. In R. Jacoby and C. Oppenheimer. Psychiatry in the Elderly. Oxford, Oxford University Press, 1997.

Banazak, D.A., Wills, C., Collins, C. Late life depression in primary care : Where do we go from here? JAOA 1998; 98(9) : 489-497.

Blazer, D.G. Depression in late life. Mosby-Year Book, Inc., 2nd ed., 1993.

Blazer, D.G., Koenig, H.G. Mood disorders. In Textbook of Geriatric Psychiatry (1996). E.W. Busse, D.G. Blazer. The American Psychiatric Press, 2nd ed., Washington.

Hottin, P., Carrier, L. Dépression in Arcand-Hébert (1997). Précis pratique de gériatrie. Edisem-Maloine-FMOQ.

Lincourt Ethier, F. La dépression chez la personne âgée. Cahiers de formation de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal. Collection psychogériatrie. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 1998.

Schneider, L.S., Reynolds, C.F., Lebowitz, B.D., Friedhoff, A.J. Diagnosis and treatment of depression in late life. Results of the NIH Consensus Development Conference. American Psychiatric Press, Inc. Washington, London, 1994.

5. BIBLIOGRAPHIE

FACTEURS DE RISQUE DE DÉPRESSION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Jorm, A.F. The epidemiology of depressive states in the elderly : implications for recognition, intervention and prevention. Soc. Psychiatr. Epidemio 1995; 30 : 53-59.

Koenig, H.G. Differences in psychosocial and health correlates of major and minor depression in medically ill older adults. J. Am. Geriatr. Soc. 1997; 45 : 1487-1495.

Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., Mann, A.H. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. Psychological Medecine, 1997; 27 : 311-321.

Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., Mann, A.H. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. Psychological Medecine, 1997; 27 : 323-332.

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Glasser, M., Gravdal, J.A. Assesment and treatment of geriatric depression in primay care settings. Arch. Fam. Med. 1997; 6 : 433-438.

Lyness, J.M., Cox, C., Curry, J., Conwell, Y., King, D.A. & coll. Older age and the underreporting of depressive symptoms. J. Am. Geriatr. Soc. 1995; 43 : 216-221.

Meldon, S.W., Emerman, C.L., Schubert, D.S.P. Recognition for depression in geriatric ED patients by emergency physicians. Ann. Emerg. Med. 1997; 30 :442-447.

Noltorp, S., Gottfries, C.G., Nogaard, N. Simple steps to diagnosis at primay care centres. Int. Clin. Psychopharmacol. 1998; 13(suppl 5) : S31- S34.

Rutz, W., von Knorring, L., Walinder, J. Long-term effects of an educational program for gerneral practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psychiatr. Scand. 1992; 85 : 83-88.

Schade C.P., Jones, E.R., Wittlin, B.J. A ten-year review of the validity and clinical utility of depression screening. Psychiatric Services 1998; 49(1) : 55-61.

Valenstein, M., Kales, H., Mellow, A. , Dalack, G. & coll. Psychiatric diagnosis and intervention in older and younger patients in a primay care clinic : effect of a screening and diagnostic instrument. J. Am. Geriatr. Soc. 1998; 46 : 1499-1505.

ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE

Katona, E.L.E., Katona, P.M. Geriatric depression scale can be used in older people in primary care. Br. Med. J. 1997; 315 : 1236.

Lyness, J.M., Noel, T.K., Cox, C., King, D.A. & coll. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. Arch. Inter. Med. 1997; 157 : 449-454.

Montorio, I., Izal, M. The Geriatric Depression Scale : a review of its development and utility. Internat. Psychogeriatrics 1996; 8(1) : 103-112.

Shah, A., Herbert, R., Lewis, S., Mahendran, R., Platt, J. & coll. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. Age and Ageing 1997; 26 : 217-221.

Sheikh, J.I., Yesavage, J.A. Geriatric Depression Scale : recent evidence and development of a shorter version. Clin. Gerontol. 1986; 5 : 165-173.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., & al. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. J. of Psychiat. Res. 1983; 17 (1) : 37-49.

TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C., Kakuma, T. & coll. Recovery in geriatric depression. Arch. Gen. Psychiatry 1996; 53 : 305-312.

Flaherty, J.H., McBride, M., Marzouk, S. et coll. Decreasing hospitalization rates for older home care patients with symptoms of depression. J. of Am. Geriatr. Soc. 1998 ; 46 : 31-38.

Koenig, H.G., George, L.K., Meador, K.G. Use of antidepressants by nonpsychiatrists in the treatment of medically ill hospitalized depressed elderly patients. Am. J. Psychiatry 1997; 154 : 1369-1375.

McCusker, J., Cole, M., Keller, E., Bellavance, F., Berard, A. Effectiveness of treatments of depression for older ambulatory patients; a meta-analysis. Arch. of Internal Medecine, in press.

Stoudemire, A., Hill, C.D., Marquardt, M., Dalton, S., Lewison, B.J. Recovery and relapse in geriatric depression after treatment with antidepressants and ECT in a medical-psychiatrist population. Gen. Hosp. Psychiatry 1998; 20 : 170-174.

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET COÛTS ASSOCIÉS

Unützer, J., Patrick, D.L., Simon, G., Gembrowski, D. et coll. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. J. of Am. Med. Ass. 1997; 277 : 1618-1623.

6. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Catégories diagnostiques des troubles affectifs

Tableau 2 : Particularités de l'expression de la dépression majeure chez la personne âgée

Tableau 3 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur

Tableau 4 : Principales maladies physiques pouvant causer une dépression chez la personne âgée

Tableau 5 : Médicaments et drogues pouvant causer une dépression

Tableau 6 : Facteurs de risque de suicide chez la personne âgée déprimée

Tableau 7 : Épreuves de laboratoire de base suggérées pour le diagnostic de la dépression chez la personne âgée

Tableau 8 : Facteurs associés à une moins bonne évolution de la dépression majeure à l'âge avancé

Tableau 9 : Approches thérapeutiques pour une clientèle dépressive

Tableau 10 : Exemples de motifs de consultation en psychiatrie pour un patient âgé présentant des symptômes dépressifs

Tableau 11 : Antidépresseurs

Tableau 12 : Définition de la perte et du deuil

Tableau 13 : Phases du deuil

Tableau 14 : Différences entre les symptômes dépressifs associés au deuil et ceux associés à une dépression majeure

7. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Échelle de dépression gériatrique (15 questions) version française

Annexe 2 : Échelle de dépression gériatrique (15 questions) version anglaise

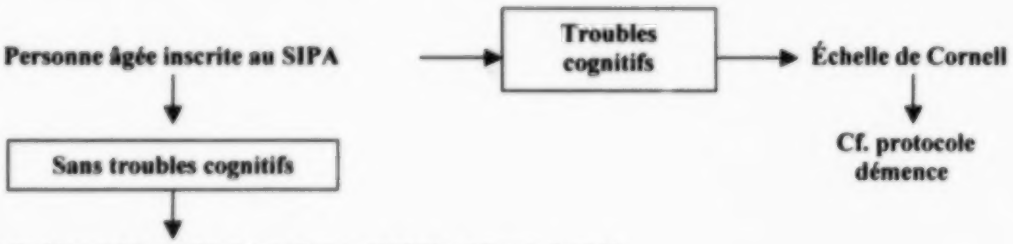
Annexe 3 : Échelle de dépression gériatrique (30 questions) version française

Annexe 4 : Échelle de dépression gériatrique (30 questions) version anglaise

Annexe 5 : Feuille sommaire de suivi du protocole dépression

Annexe 6 : Articles de référence

8. DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION PAR LE GESTIONNAIRE DE CAS/PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE



Échelle de dépression gériatrique (forme abrégée, Annexe 1 ou 2)

Score 0 - 15

SITUATION 1

Score 0 – 4

Pas de symptomatologie dépressive

répéter test dans 1 an ou au besoin

SITUATION 2

Score égal ou supérieur à 5

EDG (30 questions) (Annexe 3 ou 4)

Score 10 – 14

Symptômes dépressifs légers

INTERVENTION PSYCHOSOCIALE PAR GESTIONNAIRE DE CAS ET PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE : RÉPÉTER TEST DANS 3 MOIS POUR RÉVISER LE RÉSULTAT DE L'INTERVENTION

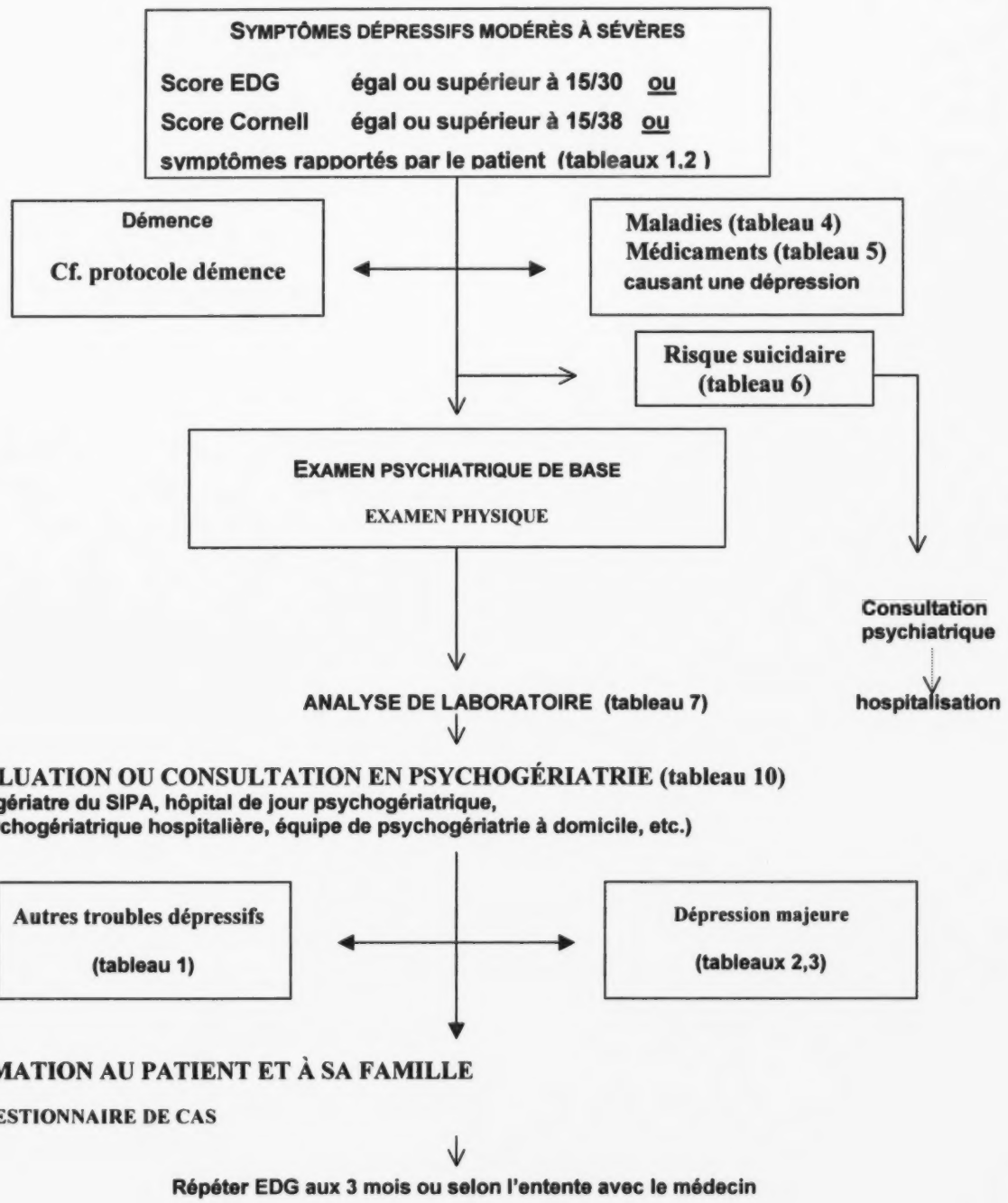
Score égal ou supérieur à 15

Symptômes dépressifs modérés à sévères

RÉFÉRENCE AU MÉDECIN DE FAMILLE POUR DIAGNOSTIC, SI DIAGNOSTIC NON CONNU

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

9. DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE



10. PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE LA DÉPRESSION

- Traitements médicamenteux
- Sismothérapie (ECT)
- Psychothérapie individuelle ou de groupe (tableau 9)
- Groupe d'entraide
- Activités de socialisation, de stimulation (tableau 9)
- Surveillance de l'état nutritionnel
- Surveillance de comportements particuliers

Traitements médicamenteux

- Antidépresseurs à choisir en fonction de :
  - Pharmacocinétique
  - Réaction antérieure
  - Coexistence de conditions médicales
  - Médication globale
  - Symptômes cibles
  - Caractéristiques et effets secondaires
- Une période de 3 à 4 semaines d'essai thérapeutique doit être faite pour juger de l'efficacité du traitement
- Facteurs associés à une moins bonne évolution de la dépression majeure (tableau 8)
- Une dose minimale efficace d'entretien peut être prescrite à vie à titre préventif

Sismothérapie

- Dépression psychotique
  - risque suicidaire élevé
  - anorexie importante avec perte de poids et risque vital

Psychothérapie individuelle ou de groupe

- Réactions de deuil
- Troubles d'adaptation avec humeur dépressive ou dépressions d'intensité légère
- Dépression majeure et autres formes de dépression
- Thérapies brèves de diverses formes (tableau 9)

Groupes d'entraide	♦ Par exemple,	groupe d'entraide veufs et veuves
Activités de socialisation	♦ Par exemple,	centre de jour centre communautaire d'aînés accompagnement de bénévoles musicothérapie zoothérapie
Surveillance de l'état nutritionnel	♦ Cf. protocole troubles nutritionnels	
Surveillance de comportements particuliers	♦ Le patient âgé dépressif peut prendre des décisions impulsives qu'il pourrait regretter par la suite, par exemple : dilapidation de ses biens, choix d'un autre milieu de vie, vente ou legs d'objets qui lui sont chers.	

TABLEAU 1

Catégories diagnostiques des troubles affectifs

I. Troubles dépressifs

a. Trouble dépressif majeur : épisode unique ou récurrent
b. Trouble dysthymique
c. Trouble dépressif atypique

II. Troubles bipolaires

a. Trouble bipolaire I : phase manie, hypomanie, mixte ou dépressive
b. Trouble bipolaire II : dépression majeure récurrente avec épisodes d'hypomanie
c. Trouble cyclothymique
d. Trouble bipolaire atypique

III. Troubles affectifs autres

a. Trouble affectif secondaire à une condition médicale
b. Trouble affectif secondaire à une substance « X »
c. Trouble affectif atypique

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

TABLEAU 2

Particularités de l'expression de la dépression majeure chez la personne âgée

- La perte d'intérêt et de plaisir est plus accentuée que l'humeur dépressive.
- L'humeur dépressive est souvent masquée par un dysfonctionnement physique ou social.
- Les personnes âgées ont une faible conscience d'être déprimées.
- Les plaintes somatiques sont plus fréquentes.
- L'anxiété est souvent associée à l'état dépressif.
- Perte de poids.
- Insomnie.
- Baisse du rendement intellectuel qui se manifeste par :
  - diminution de l'attention,)
  - diminution de concentration,) Réversible, contrairement
  - diminution de capacité d'abstraction,) au syndrome démentiel.
  - diminution du raisonnement logique,)
  - diminution de mémoire des faits récents.)
- Retrait social : évitement de certaines situations sociales,
  soumission aux préjugés sociaux (vieillard apathique, dépendant...)
- Présence parfois de conduites régressives :
  - hygiène corporelle négligée,
  - malpropreté du logement,
  - incontinences occasionnelles,
  - dépendance excessive des proches,
  - refus de se lever, manger, parler, s'habiller et autres.
- Idées paranoïdes (surtout s'il y a présence d'un problème de surdité ou de cécité).
- Sentiment de persécution.
- Les proches signalent que la personne a pris un « coup de vieux ».

Tiré des : Cahiers de Formation de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Collection psychogériatrie, La dépression chez la personne âgée, Francine Lincourt Ethier, 1998

TABLEAU 3

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur

A. **Cinq des symptôme suivants doivent avoir été présents pendant au moins deux semaines et représenter un changement au niveau du fonctionnement antérieur; de plus, il doit y avoir : a) humeur dysphorique ou b) perte d'intérêt ou de plaisir.**

(1) **Humeur dysphorique**
(2) **Diminution marquée d'intérêt ou de plaisir**
(3) **Perte de poids significative**
(4) **Insomnie ou hypersomnie**
(5) **Agitation ou ralentissement psychomoteur**
(6) **Fatigue ou perte d'énergie**
(7) **Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inappropriée**
(8) **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision**
(9) **Pensées récurrentes de mort, idéation suicidaire**

B. **Les symptômes ne rencontrent pas les critères d'un épisode mixte.**

C. **Les symptômes causent une détresse significative ou une altération du fonctionnement.**

D. **Non dû aux effets d'une substance ou à une condition médicale.**

E. **Non dû à un deuil.**

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

TABLEAU 4

Maladies physiques pouvant causer une dépression chez la personne âgée
Hypothyroïdie
Néoplasies et métastases
Accident vasculaire cérébral
Démence
Maladie de Parkinson
Maladies avec détérioration aiguë nécessitant des soins hospitaliers intensifs

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

TABLEAU 5

Médicaments et drogues pouvant causer une dépression

Alcool

Anti-inflammatoires / analgésiques
- ibuprofène
- indométacine
- opiacés
- phénylbutazone

Antinéoplasiques

Antiparkinsoniens
- lévodopa
- amantadine

Antipsychotiques

Cardio-vasculaires
- clonidine
- diurétiques
- guanéthidine
- hydralazine
- méthyldopa
- propranolol
- réserpine
- digoxine

Cimétidine

Sédatifs / hypnotiques
- barbituriques
- hydrate de chloral
- benzodiazépines

Stéroïdes / hormones

Stimulants
- retrait d'amphétamines
- retrait de cocaïne

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

TABLEAU 6

Facteurs de risque de suicide
chez la personne âgée déprimée

Âge avancé (75 ans et plus)

Sexe masculin

Race blanche

Faible revenu

Isolement social

Veuvage ou divorce

Deuil

Maladies physiques multiples

Maladies psychiatriques associées (par exemple, dépression plus trouble panique)

Abus/dépendance à l'alcool

Tentative de suicide antérieure

Comportement impulsif

Tiré de : Blazer, D.G. Depression in late life. Mosby-Year Book, 2nd Ed., 1993.

TABLEAU 7

Épreuves de laboratoire de base suggérées pour le diagnostic de la dépression chez la personne âgée

FSC

Analyse d'urine

T_3, T_4, TSH

Acide folique, vitamine B_{12}

Électrolytes

BUN, créatinine

Glycémie

Calcémie

VDRL

Tiré de : Blazer, D.G. Depression in late lite. Mosby-Year Book, 2nd Ed., 1993.

TABLEAU 8

Facteurs associés à une moins bonne évolution de la dépression majeure à l'âge avancé

Maladie dysthymique concomitante

Trouble anxieux associé

Dépression psychotique

Problèmes médicaux concomitants

Trouble de la personnalité

Réseau de soutien inadéquat

Événements stressants durant la période de suivi

Atteinte cognitive

Épisodes antérieurs multiples de dépression

Maladie bipolaire

Tiré de : Blazer, D.G. Depression in late life. Mosby-Year Book, 2nd Ed., 1993.

TABLEAU 9

Approches thérapeutiques pour une clientèle dépressive

- L'approche de soutien qui permet de favoriser l'expression des sentiments de la personne âgée et de l'encourager à augmenter ses activités et rétablir ses contacts sociaux, et de l'aider à changer sa vision du monde et d'elle-même

- L'approche cognitive qui permet de développer l'apprentissage de mécanismes adaptifs pour composer avec les situations conflictuelles.

- L'approche comportementale qui permet la modification d'un comportement dysfonctionnel par l'utilisation de renforcements positifs ou négatifs.

- L'approche de résolution de problème qui permet d'identifier les problèmes, de trouver les solutions appropriées et d'en vérifier l'efficacité.

- La remotivation/resocialisation qui consiste à développer ou à accroître l'intérêt de la personne par l'utilisation d'activités à caractère social.

- La réminiscence qui consiste à encourager les personnes âgées à se remémorer leur passé.

- La musicothérapie qui permet d'oublier les contrariétés quotidiennes, soit en écoutant de la musique (celle qu'on aime de préférence) ou en jouant d'un instrument de musique.

- La zoothérapie permet un contact régulier avec un animal, elle permet d'exprimer ses émotions.

Tiré des : Cahiers de Formation de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Collection psychogériatrie, La dépression chez la personne âgée, Francine Lincourt Ethier, 1998

TABLEAU 10

Exemples de motifs de consultation en psychiatrie pour un patient âgé présentant des symptômes dépressifs
Atteinte de l'état général
Risque suicidaire ou homocidaire
Dangereux pour lui-même ou les autres
État psychotique
Maladie bipolaire
Dépression compliquée, par exemple dépression associée à une démence, à une maladie de Parkinson
Risque d'interaction médicamenteuse
Histoire de rechute de dépression dans le passé

TABLEAU 11 - ANTIDÉPRESSEURS

Drug	Class	Half-life (hrs) In adults; In elderly	Active metabolites (half-life in hrs)	Minimum time to steady state blood levels	Starting dose for depression in elderly	Dosage form and strength (mg)
Amitriptyline Elavil	TCA	10-50 14-31	Nortriptyline (18-44)	6 days	Not recommended	Tablet: 10,25,50,75,100,150
Amoxapine Asendin	TCA	8-14 NA	7-OH-amoxapine (4-6.5) 8-OH-amoxapine (30)	2 days	25 mg bid	Scored tablet: 25,50,100,150
Buproprion Wellbutrin Wellbutrin SR	Aminoketon	8-24 NA	erythro-OH-bupropion (20-43) threo-OH-bupropion (9-27) OH-bupropion (15-31)	2 days	100 mg bid	Tablet: 75,100 SR tablet: 100,150
Citalopram Celexa	SSRI	35 36-90	Not clinically significant	7 days	20 mg qd	Tablet: 20,40
Clomipramine Anafranil	TCA	19-37 NA	Desmethylclomipramine (54-77)	5 days	25 mg qd	Capsule: 25,50,75
Desipramine Norpramin	TCA	12-24 30	2-OH desipramine (21)	3 days	25 mg qd	Tablet: 10,25,50,75,100,150 Capsule: 25,50
Doxepin Sinequan	TCA	8-24 NA	Desmethyldoxepin (17-81)	days	Not recommended	Capsule:10,25,50,75,100,150 Solution: 10mg/mL
Fluoxetine Prozac	SSRI	24-312 NA	Norfluoxetine (48-552)	1 week	10 mg qd	Capsule: 10,20 Solution: 20mg/5 mL
Fluvoxamine Luvox	SSRI	15-20 15-25	None	4 days	25 mg hs	Scored tablet 50,100
Imipramine Tofranil, Tofranil-PM	TCA	9-20 21-35	Desipramine (13-114), 2-OH imipramine	2 days	Not recommended	Tablet: 10,25,50 Capsule: 75,100,125, 150
Maprotiline Ludiomil	Tetracyclic	21-25 21-52	Desmethylmaprotiline (37-108) maprotiline-N-oxide	5 days	25 mg qd	Scored tablet: 25,50,75
Mirtazapine Remeron	Tetracyclic	20-40 NA	Active metabolites present at very low levels in plasma	5 days	15 mg qd	Scored tablet: 15,30
Nefazodone Serzone	Phenylpiperazine (SNRI)	2-4 NA	OH-nefazodone (3), p-hydroxynefazodone, m-CPP (4)	1 day	50 mg bid	Scored tablet: 100,150 Tablet: 200,250

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001
Projet SIPA / Protocole - Dépression

Drug	Class	Half-life (hrs) In adults; In elderly	Active metabolites (half-life in hrs)	Minimum time to steady state blood levels	Starting dose for depression in elderly	Dosage form and strength (mg)
Nortriptyline Pamelor	TCA	14-51 24-79	10-OH-nortriptyline	4 days	25 mg hs	Capsule: 10,25,50,75 Solution: 10 mg/5 mL
Paroxetine Paxil	SSRI	10-24 30-69	None	5 days	10 mg qAM	Tablet: 10,30,40 Scored tablet: 20
Phenelzine Nardil	MAOI	1 NA	NA	1 day	5 mg tid	Tablet: 15
Protriptyline Vivactil	TCA	67-89 NA	Protriptyline 10, 11 expoxide, 10-OH-protriptyline, 10,11-dihydroxyprotriptyline	15 days	Not recommended	Tablet: 5,10
Sertraline Zoloft	SSRI	25 NA	Desmethylsertraline (66)	5 days	25 mg qAM	Scored tablet: 25,50,100
Tranylcypromine Parnate	MAOI	3 NA	Phenylethylamine (3), Amphetamine, Methamphetamine	1 day	10 mg qd	Tablet: 10
Trazodone Desyrel	Triazolopyridin	4-9 6-16	m-chloro-phenylpiperazine (4)	1 day	25 mg hs	Scored tablet: 50,100,150,300
Trimipramine Surmontil	TCA	7-30 NA	Desmethyltrimipramine	4 days	25 md bid	Capsule: 25,50,100
Venlafaxine Effexor Effexor XR	Phenethylamine (SNRI)	5-11 NA	O-desmethylvenlafaxine (10)	3 days	37.5 mg XR bid	Scored Tablet:25,37.5,50,75,100 XR capsule: 37.5,75,150

TCA: Tricyclic antidepressant
SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitor
SNRI: Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor
MAOI: Monoamine oxidase inhibitor
NA: Published data unavailable

* Source: Prepared for Geriatrics by Gabe Maletta, PhD, MD, Kimberly M. Mattox, PharmD, and Maurice Dysken, MD

TABLEAU 12

Définition de la perte et du deuil

Bereavement :	the fact of loss through death.
Bereavement reaction :	any psychological, physiological, or behavioral response to bereavement.
Bereavement process :	an umbrella term that refers to the emergence of bereavement reactions over time.
Grief :	the feelings and associated behaviors, such as crying, accompanying the awareness of irrevocable loss (not necessarily, but including, loss through death).
Grieving process :	the changing affective state over time.
Mourning :	the social expression of grief, including funerals, visitations, and rituals.

Tiré de : Kaplan & Sadock's – Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th Ed., 2000, p. 1974.

TABLEAU 13

Phases du deuil

Shock and denial (minutes, days, weeks)
- Disbelief and numbness
- Searching behaviors: pining, yearning, protest

Acute anguish (weeks, months)
- Waves of somatic distress
- Withdrawal
- Preoccupation
- Anger
- Guilt
- Lost patterns of conduct
  - Restless and agitated
  - Aimless and amotivational identification with the bereaved

Resolution (months, years)
- Have grieved
- Return to work
- Resume old roles
- Acquire new roles
- Reexperience pleasure
- Seek companionship and love of others

Tiré de : Kaplan & Sadock's – Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th Ed., 2000, p. 1975.

TABLEAU 14

Différences entre les symptômes dépressifs associés au deuil et ceux associés à une dépression majeure

Bereavement	**Major Depressive Disorder**
Symptoms may meet syndromal criteria for major depressive episode, but survivor rarely has morbid feelings of guilt and worthlessness, suicidal ideation, or psychomotor retardation	Any symptoms as defined by DSM-IV
Dysphoria often triggered by thoughts or reminders of the deceased	Dysphoria often autonomous and independent of thoughts or reminders of the deceased
Onset is within the first 2 months of bereavement	Onset at any time
Duration of depressive symptoms is less than 2 months	Depression often becomes chronic, intermittent, or episodic
Functional impairment is transient and mild	Clinically significant distress or impairment
No family or past personal history of major depressive disorder	Family or past personal history of major depressive disorder

Tiré de : Kaplan & Sadock's – Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th Ed., 2000, p. 1976.

Projet SIPA Établissement :	Révision en cours

ANNEXE 1

ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE (Version abrégée)

Référence de l'instrument : Sheikh, J.I., Yesavage, J.A. Geriatric Depression Scale : recent evidence and development of a shorter version. Clin. Gerontol. 1968; 5 : 165-173.

Traduction française par : Bourque, Blanchard et Vézina (1990).

Choisissez la meilleure réponse décrivant comment vous vous sentiez la semaine passée:

1. Êtes-vous fondamentalement satisfait-e de la vie que vous menez?	OUI	NON
2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts?	NON	OUI
3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie?	NON	OUI
4. Vous ennuyez-vous souvent?	NON	OUI
5. Avez-vous, la plupart du temps, un bon moral?	OUI	NON
6. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave?	NON	OUI
7. Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps?	OUI	NON
8. Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?	NON	OUI
9. Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités?	NON	OUI
10. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens?	NON	OUI
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle?	OUI	NON
12. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?	NON	OUI
13. Vous sentez-vous plein-e d'énergie?	OUI	NON
14. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	NON	OUI
15. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous?	NON	OUI

Résultats : Additionner les réponses inscrites dans la colonne de droite. Total : /15

Commentaires :

Date : ___/___/___
a j m

_____
Signature

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

Projet SIPA Établissement :	Révision en cours

ANNEXE 2

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (Short form)

Référence de l'instrument : Sheikh, J.I., Yesavage, J.A. Geriatric Depression Scale : recent evidence and development of a shorter version.Clin. Gerontol. 1968; 5 : 165-173.

Choose the best answer for how you felt the past week.

1. Are you basically satisfied with your life?	YES	NO
2. Have you dropped many of your activities and interests?	NO	YES
3. Do you feel that your life is empty?	NO	YES
4. Do you often get bored?	NO	YES
5. Are you in good spirits most of the time?	YES	NO
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you?	NO	YES
7. Do you feel happy most of the time?	YES	NO
8. Do you often feel helpless?	NO	YES
9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	NO	YES
10. Do you feel you have more problems with memory than most?	NO	YES
11. Do you think it is wonderful to be alive?	YES	NO
12. Do you feel pretty worthless the way you are now?	NO	YES
13. Do you feel full of energy?	YES	NO
14. Do you feel that your situation is hopeless?	NO	YES
15. Do you think that most people are better off than you are?	NO	YES

Results : Add the answers written in the column on the right. Total : /15

Commentaires :

Date : ___/___/___
a j m

_____
Signature

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

Projet SIPA Établissement :	**Révision en cours**

ANNEXE 3

ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE

Référence de l'instrument : Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. Journal of Psychiatric Research. 1983; 17 : 37-49.
Traduction française par : Bourque, Blanchard et Vézina (1990).

Choisissez la meilleure réponse décrivant comment vous vous sentiez la semaine passée:

1.	Êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez?	OUI	NON
2.	Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts?	NON	OUI
3.	Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie?	NON	OUI
4.	Vous ennuyez-vous souvent?	NON	OUI
5.*	Êtes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir?	OUI	NON
6.*	Êtes-vous préoccupé(e par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire?	NON	OUI
7.	Avez-vous la plupart du temps un bon moral?	OUI	NON
8.	Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave?	NON	OUI
9.	Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps?	OUI	NON
10.	Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?	NON	OUI
11.*	Vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impatienter?	NON	OUI
12.	Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités?	NON	OUI
13.*	Êtes-vous souvent inquiet(ète) au sujet de l'avenir?	NON	OUI
14.	Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens?	NON	OUI
15.	Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle?	OUI	NON
16.*	Vous sentez-vous souvent triste et déprimé(e)?	NON	OUI
17.	Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?	NON	OUI
18.*	Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup?	NON	OUI
19.*	Trouvez-vous la vie très excitante?	OUI	NON
20.*	Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets?	NON	OUI
21.	Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?	OUI	NON
22.	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	NON	OUI
23.	Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous?	NON	OUI
24.*	Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens?	NON	OUI
25.*	Avez-vous souvent envie de pleurer?	NON	OUI
26.*	Avez-vous de la difficulté à vous concentrer?	NON	OUI
27.*	Êtes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin?	OUI	NON
28.*	Préférez-vous éviter les rencontres sociales?	NON	OUI
29.*	Prenez-vous facilement des décisions?	OUI	NON
30.*	Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé?	OUI	NON

****ces questions sont complémentaires à celles de la version abrégée***

Résultats : Additionner les réponses inscrites dans la colonne de droite. Total : /30

Commentaires :

Date : ___/___/____ _____

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

a j m Signature

Projet SIPA Établissement :	**Révision en cours**

ANNEXE 4

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (G.D.S.)

Référence de l'instrument : Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. Journal of Psychiatric Research. 1983; 17 : 37-49.

Choose the best answer for how you felt the past week.

1.	Are you basically satisfied with your life?	YES	NO
2.	Have you dropped many of your activities and interests?	NO	YES
3.	Do you feel that your life is empty?	NO	YES
4.	Do you often get bored?	NO	YES
5.*	Are you hopeful about the future?	YES	NO
6.*	Are you bothered by thoughts you can't get out of your head?	NO	YES
7.	Are you in good spirits most of the time?	YES	NO
8.	Are you afraid that something bad is going to happen to you?	NO	YES
9.	Do you feel happy most of the time?	YES	NO
10.	Do you often feel helpless?	NO	YES
11.*	Do you often get restless and fidgety?	NO	YES
12.	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	NO	YES
13.*	Do you frequently worry about the future?	NO	YES
14.	Do you feel you have more problems with memory than most?	NO	YES
15.	Do you think it is wonderful to be alive now?	YES	NO
16.*	Do you often feel downhearted and blue?	NO	YES
17.	Do you feel pretty worthless the way you are now?	NO	YES
18.*	Do you worry a lot about the past?	NO	YES
19.*	Do you find life very exciting?	YES	NO
20.*	Is it hard for you to get started on new projects?	NO	YES
21.	Do you feel full of energy?	YES	NO
22.	Do you feel that your situation is hopeless?	NO	YES
23.	Do you think that most people are better off than you are?	NO	YES
24.*	Do you frequently get upset over little things?	NO	YES
25.*	Do you frequently feel like crying?	NO	YES
26.*	Do you have trouble concentrating?	NO	YES
27.*	Do you enjoy getting up in the morning?	YES	NO
28.*	Do you prefer to avoid social gatherings?	NO	YES
29.*	Is it easy for you to make decisions?	YES	NO
30.*	Is your mind as clear as it used to be?	YES	NO

*these questions are not included in the short form

Score: add the answers written in the column on the right. Total : /30

Commentaires :

Date : ____/____/____ _____
a j m Signature

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

Projet SIPA Établissement :	**Révision en cours**

ANNEXE 5

FEUILLE SOMMAIRE DE SUIVI DU PROTOCOLE DÉPRESSION
(Évaluations complémentaires et prise en charge)

Évaluations complémentaires
(à compléter lorsque le dépistage est positif ou incertain)

Pour les symptômes légers : (EDG ou Cornell)
❑ Intervention psychosociale et répéter le test dans 3 mois
Date :
Initiales :

Pour symptômes modérés à sévères : (EDG ou Cornell)
❑ Évaluation médicale
Date :
Initiales :

Diagnostic confirmé : ❑ oui ➜ date : ____/____/____ md : _____
(poursuivre à la section « prise en charge »)

❑ non ➜ inscrire la date de relance du dépistage sur le formulaire de dépistages

Prise en charge interdisciplinaire :
(les items cochés doivent être intégrés au PSI)

Date : Initiales :

- ❑ traitements médicamenteux
- ❑ sismothérapie
- ❑ psychothérapie individuelle ou de groupe
- ❑ groupe d'entraide
- ❑ activités de socialisation, de stimulation
- ❑ surveillance de l'état nutritionnel
- ❑ surveillance de comportements particuliers

ANNEXE 6

ARTICLES PERTINENTS

✓ Patry, S. (1999). La place de la thérapie interpersonnelle dans le traitement de la dépression. Le Clinicien (janvier 1999), 145-154.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

DE MONTRÉAL-CENTRE

5725, RUE SAINT-DENIS
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3L9